

ПУБЛИЦИСТИКА

СОВЕСТЬ ДОКТОРА

Каждый больной — нагрузка на совесть доктора и её испытание.

Что есть совесть? Это, казалось бы, знает и чувствует любой человек, хотя может быть нередко и затрудниться с формулировкой. По Владимиру Далю, совесть — «нравственное сознание или тайник души, в котором отзывается одобрение или осуждение каждого поступка». Именно совесть позволяет нам чувствовать себя счастливыми, и она же делает нас несчастными.

У врача совесть — в постоянном беспокойстве: ответственность за пациента, естественные сомнения в правильности диагноза, прогноза и адекватности лечения. Мучительна часто возникающая необходимость выбора между совестью и долгом, между морально-нравственными устоями личности врача и объективной допустимостью и целесообразностью его действий.

Совесть врача нередко вступает в конфликт с требованиями разных инструкций, приказов, рекомендаций, платностью стационарирования и лечения, высокой ценой нужных лекарств и т.д.

Совесть, определяющая поведение и поступки медиков, — ключевой ориентир и фактор самооценки их морали и нравственности. Вместе с тем сама совесть есть понятие исключительно субъективное и сугубо индивидуальное.

Если хотите, в каждом из врачей живет своя философия совести, которой противостоит философия интересов личности — амбициозных, карьерных, материальных, коммерческих и т.д.

Врач, даже действующий нравственно, чаще, чем другие, испытывает то тяжелое состояние, которое известно как «муки» или «угрызения» совести. Успокоить совесть часто не удается годами, а порой — никогда.

Грех

Я — грешен. Не о греховности жизни нашей, а о грехах врача, связанных с профессиональной деятельностью, говорю я. У кого их нет! Великий нейрохирург Александр Коновалов порой напоминает своим коллегам: «У каждого хирурга — свое кладбище: есть оно и у меня». «Кладбище врача» — не грех и вина в прямом смысле, но всегда, когда результаты лечения оказываются плачевными, неизбежно возникает ощущение вины, ощущение греха. И начинается суд — суд собственной совести. Если обычный суд учитывает в равной степени как результат действия, так и намерения, то суд врачебной совести признает только результат.

Расскажу об одном случае, который потряс мою совесть.

Дело было в докомпьютерную эру. Я работал в г. Горьком в только что открывшемся здесь нейрохирургическом центре. Как самый опытный, столично образованный невролог, брал на себя самые сложные случаи диагностики. Меня просили, и я никогда не отказывал.

Однажды осенью 1964 г. вызвали нейрохирурга нашего центра Якова Певзнера в волжский затон «Парижская коммуна». Затон — это место, где зимуют суда; там осуществляется их ремонт, покраска, в общем, значительное производство. При нем поселок, где живут семьи речников, есть магазины, столовая, небольшая больница... Начальник затона накануне на воскресенье получил черепно-мозговую травму: ему на голову свалился камень, и крепкий мужчина 32 лет упал, потерял на короткое время сознание, была рвота. Когда пришел в себя, беспокоила сильная головная боль. Пострадавшего направили в больницу, где назначили анальгетики, но головная боль не только не исчезла, а напротив, приступообразно усиливалась, особенно ночью, достигая такой степени, что выдержанный, уравновешенный человек дико кричал и хватался руками за голову, сжимая ее. Это насторожило опытных врачей, которые хотя и были терапевтами, но обратили внимание на необычное течение черепно-мозговой травмы.

Яков Зиновьевич, примчавшись на «Ракете», тут же осмотрел больного и столкнулся с не вполне понятной симптоматикой. Хотя пациент был явно заторможен, но на вопросы отвечал адекватно. Какие-либо нарушения речи, движений в конечностях отсутствовали. Зато определялись менингеальные знаки, особенно был выражен симптом Кернига. Пульс оказался замедленным, а артериальное давление немного повышенным. Нейрохирург предположил субарахноидальное кровоизлияние и сделал больному люмбальную пункцию (на 4-й день после травмы). Получил высокое ликворное давление, свыше 300 мм вод. ст., и желтую окраску жидкости, и тем самым подтвердил свое предположение. После пункции больному стало значительно легче, и нейрохирург счел свою миссию выполненной.

Через 2 дня его снова вызвали в Затон — состояние пострадавшего ухудшилось. Сильные распирающие головные боли, гиперемия лица, оболочечные симптомы, брадикардия, субфебрильная температура. Теперь это уже мало походило на разрешившееся субарахноидальное кровоизлияние. И Яков Зиновьевич заподозрил внутричерепную гематому, однако никакой сторонности поражения не обнаружил. Вернувшись в Горький, изложил мне ситуацию и передал просьбу руководства речного флота приехать на

консультацию в Затон, добавив, что он просит о том же. Я понимал, что вряд ли разрешу сомнения на месте, но все же, не затягивая, отправился в путь на «Ракете», которую специально дали речники.

Попал в небольшую больничку. Старое деревянное здание, в нем чисто и уютно. Тщательно расспросил больного. Кроме мучительных головных болей, особенно ощущаемых в висках, и рвоты, других жалоб не было. Остальные находки мало чем дополнили обследование Якова Зиновьевича. По моей просьбе больного осмотрел офтальмолог и выявил начальные застойные явления на глазном дне, что служит объективным признаком повышения внутричерепного давления. К дотравматическому анамнезу придираться не мог. Чтобы разобраться в причине стойкой внутричерепной гипертензии, больного надо было перевести в нейрохирургический центр, где была ангиографическая приставка. Ангиограммы без наложения многих фрезевых поисковых отверстий помогут ответить на вопрос: есть ли гематома и где она расположена? Либо имеем дело с тяжелым отеком головного мозга и тогда можно смело усилить дегидратацию.

Перевозить больного на вибрирующем скоростном транспорте я отказался. Нашли наиболее щадящий вариант транспортировки по реке. Мне предоставили буксир, который назывался весьма символично «Академик Бурденко», и я вместе с пациентом поплыл в Горький тихим ходом. Больной перенес путешествие по Волге удовлетворительно. У причала ждала «скорая помощь», которая аккуратно доставила нас в нейрохирургический центр.

Было 6 ноября, последний рабочий день перед трехдневными праздниками. Оставлять больного на 3 дня без диагноза рискованно, потому что в праздники многие службы больницы не работают, на дежурство, не исключено, попадет недостаточно опытный нейрохирург, а вызов старшего коллеги может затянуться, что недопустимо, если разовьется ущемление ствола мозга.

Волнообразность течения черепно-мозговой травмы могла свидетельствовать об отеке головного мозга, тем более, что больной всегда хорошо реагировал на дегидратацию. Но прежде надо исключить образование внутричерепной гематомы, которая тоже может протекать ундулирующе. И я решил назначить то, что разумно, общепринято и нам доступно: каротидную ангиографию. Она должна внести ясность: обнаружит гематому — успеем прооперировать до ухудшения состояния, в противном случае — усилим дегидратацию. Александр Петрович Фраерман, опытный нейрохирург, поддержал меня. У меня были еще консультации в Институте, а на ангиографическом исследовании мое присутствие необязательно. И мы договорились, что если выявится гематома, действовать, не дожидаясь меня.

Едва я вечером вернулся домой, как позвали соседи. Звонил дежурный врач (у меня не было еще телефона): «Леонид Болеславович, беда. Сделали ангиографию, получили тяжелый спазм

мозговых сосудов. Больной потерял сознание, иногда открывает глаза и двигает конечностями». — «Что на ангиограммах?» — «Да ничего убедительного, есть, правда, небольшое смещение сосудов». Я вызвал «скорую» и помчался в больницу, от которой жил довольно далеко. Больной был в коме, расширенные зрачки, тахикардия, гиперемия кожных покровов. Посмотрел ангиограммы: один бессосудистый участок был подозрителен на гематому в теменно-височной области справа. Сделали костнопластическую трепанацию и действительно обнаружили небольшую субдуральную гематому, объемом около 20 кубиков, увидели также резко отечное вещество мозга. Больному лучше не стало, и через сутки он скончался.

Опытный судебно-медицинский эксперт так сформулировал верифицированный диагноз: «Тяжелая черепно-мозговая травма, перелом основания черепа, пластинчатые полушарные субдуральные гематомы с обеих сторон, отек мозга; состояние после операции: костно-пластической трепанации в правой лобно-теменной-височной области и удаления субдуральной гематомы».

Но для меня было очевидно, что не эти находки обусловили смерть больного. Истина определялась ангиографией, которая вызвала спазм сосудов, возможно вследствие аллергии на йодистые препараты, а остальное послужило фоном, а не причиной гибели больного. Такие осложнения известны и иногда бывают при ангиографии, особенно прямой.

Однако меня это мало утешало. Беда случилась с больным, за которого отвечал я. Переживая, я впал в такое состояние, которое трудно передать. Муки совести, самообвинения, самобичевания.

Конечно, я сталкивался со смертями моих больных после операций по поводу опухоли задней черепной ямки, внутрижелудочковых, других. Наблюдал летальные исходы при острых массивных внутричерепных гематомах и при иных ситуациях. Но там печальные итоги были более ожидаемы, более оправданы для совести врача, сделавшего все. А здесь смерть наступила вследствие осуществления моего плана уточнения диагноза, который казался безукоризненным. Показания для каротидной ангиографии были все, и тактика ведения больного представлялась безупречной. Но предвидеть сосудистый спазм я не мог, а каких-либо указаний на повышенную чувствительность к йоду не было. Всегда есть риск, на который часто вынуждены идти, тем более в срочных ситуациях, когда без ангиографического исследования невозможно прояснить диагноз и решить, необходимо ли оперативное вмешательство. Обычно больные хорошо переносят ангиографию, а нейрохирург имеет доказательства очаговой патологии мозга и её расположения. Но порой правильная тактика оборачивается непредвиденной трагедией.

Погиб 32-летний инженер, хороший человек и семьянин; его очень любили в коллективе, он имел все перспективы долгой жизни и достойной карьеры. И все рухнуло. Осиротели дети, лиши-

лись родители сына, а жена мужа. Конечно, я не виноват в том, что камень упал на голову. Я так старался спасти больного. Не совершил врачебной ошибки, все равно виноват, грех на мне, совесть мучает меня до сих пор...

Суд совести

Суд собственной совести — самый главный и самый тяжелый для врача. Он значимее для личности суда коллегиального, административного, официального и пр. Ибо все эти суды — внешние, от них можно защищаться, более того, они при всей суровости наказаний даже облегчают вину, если она есть.

Суд совести — суд внутренний, от него ничего не сокрыто, ему известно всё, от него нет защиты и пощады.

Угрызения совести, её длительное напряжение — главная причина, лежащая в основе преждевременного профессионального выгорания, депрессии и психосоматической патологии врачей.

Можно описывать министерскими приказами ответственность врача, можно определять его действия клиническими рекомендациями, можно всё вводить в рамки инструкций. Единственное, что не удастся регламентировать — это совесть врача, она всегда остается с ним как неотъемлемое и важнейшее качество его личности.

Личность врача

Что такое человеческая личность? Философские словари и энциклопедии трактуют это понятие как выработанное для отображения социальной природы человека, как определение его как устойчивой системы социально значимых черт индивида, самораскрывающихся в общении и предметной деятельности. Выделяют следующие атрибуты личности: воля, разум, чувства, а к её устойчивым свойствам относят: темперамент, характер, способности, мотивацию. В психологии личность является базовой категорией и предметом изучения. Личность рассматривается здесь как совокупность выработанных привычек и предпочтений, психический настрой и тонус, социокультурный опыт и приобретенные знания, набор психофизических особенностей человека, определяющих повседневное поведение и связь с обществом и природой. Профессия человека вносит свои коррективы, дополнения и критерии в понятие «личность». Может быть, особенно это касается врачебного сословия.

Личность врача всегда была высоко значима на протяжении многовековой истории медицины. Однако в последнее время в связи с потрясающими достижениями всевидящих неинвазивных методов исследования стало казаться, что роль личности врача, по крайней мере, в диагностике, начинает снижаться. Создается впечатление, что диагноз ставят умные машины, а доктору при этом отводится лишь диспетчерская деятельность.

Для подобной иллюзии, конечно, есть свои основания: кто сегодня ни направит пациента на магнитно-резонансную или компьютерную томографию, чтобы увидеть патологию головного или спинного мозга? Картинку ждут как манну небесную, это высший судья, и это обоснованно: либо патология неожиданно обнаруживается, либо жданно подтверждается, либо существенно уточняется, либо исключается. Все возможные варианты одинаково важны — и для врача, и для больного.

А что же личность врача? Разве не существенно, кто и как скажет о серьезном диагнозе, о необходимости сложной операции? Слово врача для пациента играет большую роль, чем малопонятные ему снимки. И, конечно, ничто не заменит беседу человека-врача и человека-больного. Да, потоки информации, в нашем случае медицинской, резко возросли. С этим нельзя не считаться, как и с тем, что нередко современный пациент благодаря интернету и различным справочникам неплохо осведомлен о своем заболевании, его лечении и прогнозе. И все-таки обычно он верит именно тому, что говорит ему лечащий врач. И мы опять-таки приходим к понятию личности в клинической работе. Врач как личность характеризуется профессиональной добросовестностью, честностью, всегда поступает по отношению к пациенту по совести.

Я намеренно опускаю здесь такие необходимые и значимые для врачебной практики сферы, как клиническое мышление, концептуальные подходы к лечению, клиническая философия, наконец. Не затрагиваю я и то обстоятельство, что постижение клиники заболеваний намного сложнее и длительней, чем овладение какой-либо медицинской техникой. Хочу остановиться только на личностных качествах, на роли личности врача в условиях медицины высоких технологий и максимальной компьютеризации знаний.

Чеховское: «В человеке должно быть всё прекрасно: и лицо, и одежда, и душа, и мысли», разумеется, остается в силе. И всё же не это определяет то, что мы квалифицируем как личность врача. На наш взгляд, первый критерий, свидетельствующий, что врач — личность — это результат его общения с больным. Известен афоризм: «Если больному после консультации врача не стало легче — это не врач». Он, может быть, убийственный, но справедливый.

Бесспорно, личности врачей не надо и нельзя унифицировать. У каждого своя манера, свои приёмы обследования и общения с больными. Но конечный эффект должен быть один — пациент обретает уверенность в своем лечении и ему по крайней мере психологически становится лучше. Недопустимо с позиции знания болезни «раздавливать» пациента всей правдой о ней. Если врач — личность, он всегда будет испытывать эмпатию к пациенту, вчувствоваться в его состояние, сочувствовать, сострадать, уважать и жалеть болеющего человека, разумеется, одновременно помогая ему исцелиться с применением всего арсенала медицинских средств и технологий.

Один из признаков, что врач — личность, является противостояние в своей деятельности коммерческим соблазнам. Сила последних весьма значительна, особенно в переживаемый нами период коммерциализации медицины. У личности профессиональный долг врача и нравственные категории всегда одержат верх над материальными выгодами.

Непременное качество личности врача — брать на себя ответственность за судьбу каждого из своих пациентов. Самостоятельность решений должна быть основана на состоятельности клинического уровня доктора. При этом недопустима «гордыня». Не только собственное внимание к больному, не только необходимые исследования и анализы, не только чтение литературы по определенной патологии, но и обсуждение каждого неясного наблюдения с коллегами, использование консультаций специалистов.

Актуальный сегодня вопрос: врач при технике или техника при враче, доктор, если он личность, решает однозначно — только он командует замечательными и абсолютно необходимыми технологиями во благо больных!

Гуманистическое мировоззрение, владение клиническим мышлением и методологией концептуальных подходов к лечению, общекультурная и философская образованность позволяют личности врача избежать участи винтика в громадном современном медицинском механизме и сохранить человеколюбие.

Паттерны нравственного сознания

Совость — сердцевина морали, нравственности, всего человеческого в человеке. Развитие совести в ребенке определяется воспитанием, его окружением, в первую очередь родителями, светскими, национальными и религиозными особенностями среды, а также генетикой. По мере взросления возрастает роль коллектива, школы, учителей и всего того, что относят к понятию «улица». А далее все больше влияют общественные, экономические, идеологические и политические факторы.

Огромную роль в становлении, функционировании чувствительности и стойкости совести человека, бесспорно, играет религия. Бог, на мой взгляд, прежде всего есть совость! Однако экстремистские отклонения веры, различные секты могут извращать внутренние установки совести, порабощать совость, оправдывая по сути антибожеские поведение и поступки человека.

Различие профессиональных проблем накладывает свой отпечаток на совость индивидуума. Именно в этом смысле есть основание говорить о совести доктора. Какие факторы оказывают влияние на её формирование, накладываясь и соединяясь с совостью уже созревшей личности. Прежде всего — это качество обучения профессии в вузе, если иметь в виду все слагаемые этого сложного процесса. Среди них, на мой взгляд, «первая скрипка» — личности учителей, их вос-

питательное умение, поступки, знания, облик, глубоко воспринимаемые примеры отношения к больным. Студентам свойственно невольное подражание своим наставникам, конечно, с индивидуальными преломлениями и последствиями.

Не менее важна в созревании совести доктора профессиональная среда, в которой он работает ежедневно и многие годы. Тот микроклимат, те особенности внимания к больным, взаимоотношения коллег и локальные нравы, которые сложились и утвердились в коллективе, весьма существенны в усилении либо разрушении благородных начал совести молодого эскулапа.

Не все, конечно, но очень многое зависит от старшего поколения, от того, какой пример оно подает молодым.

Вспоминаю, как один профессор-травматолог, одержимый стяжательством, обкладывал крупной данью каждого больного, поступавшего на бесплатное лечение в государственную клинику. Нисколько не стесняясь, он демагогически говорил пациенту: «Вы же понимаете, я обязан заботиться об уровне жизни моих хирургов и анестезиологов, чтобы они хорошо Вас лечили». И своих сотрудников, деформируя их совость, он заставлял делать то же самое. Протестовавшие вынуждены были покидать клинику. К счастью, противоположных примеров несоизмеримо больше.

Однажды я спросил у практикующего невролога: «Что такое, на Ваш взгляд, врачебная совость?» Он ответил: «По-моему, это поступать по отношению к больному, как бы ты хотел, чтобы в аналогичной ситуации поступали по отношению к тебе». Простой и емкий ответ — «По совости — значит, делать другому так, как себе».

Какими путями осуществляется взаимодействие совести (и, разумеется, личности) врача с пациентом?

Это прежде всего внимание к нему, причем не только как к носителю болезни, но и как к личности, которая не исчерпывается болезнью, как бы она ни была тяжела и опасна.

Далее — эмпатия к больному, вчувствование в его состояние, сострадание к нему, что является одним из главных слагаемых врачевания. Знаменитый терапевт Абрам Сыркин, выделяя главное качество в своих учениках, говорит: «Я хочу, чтобы они жалели людей».

Следующее — достаточная полнота обследования больного с привлечением всех необходимых инструментальных методов и консультаций специалистов для установления исчерпывающего диагноза, определяющего тактику лечения и прогноз. Если патология подлежит хирургическому лечению, обязателен коллегиальный клинический разбор наблюдения для взвешивания всех данных и обстоятельств с целью выбора адекватной направленности лечебных действий. И затем краткое их обсуждение и окончательное утверждение на утренней общеврачебной конференции.

Несомненно, для оптимизации лечения важно взаимопонимание врача с родными и друзьями больного.

Если перечисленное, естественно, с какими-то индивидуальными вариациями и дополнениями, осуществлено, то совесть врача чиста. Ему не за что себя упрекать, профессиональный (и человеческий!) долг выполнен. Это, конечно, по разным причинам не всегда удается, но к этому надо стремиться и делать для больного все, что в твоих силах.

Совесть врача не терпит самоуверенности и всегда открыта сомнениям и при решении проблем диагностики, и при оценке результатов лечения. Чистая совесть доктора, разумеется, не исключает переживаний за судьбу больного, может быть особенно при наших поражениях, обусловленных особенностями патологии и неизбежными, увы, осложнениями и, пусть редкими, смертельными исходами, несмотря, казалось бы, на все старания и мастерство доктора.

Мой друг — выдающийся нейрохирург Сергей Федоров — очень тяжело переживал каждую неудачу, хотя никакой вины его в этом не было. «Знаешь, Лена, — говорил он мне, — никак не могу привыкнуть к смерти. Все кажется, что я виноват».

Как бывает

...Тянет, так и тянет к тяжелым больным. Какое-то сцепление, какая-то особая зависимость и твоих мыслей, и твоего настроения от них. И идти необязательно, и не идти не можешь: порабощающее чувство недоисполненного долга.

Но заявившись в воскресенье в реанимацию или отделение — и легче на душе становится, особенно если твоему больному чуть лучше. Часто, не сговариваясь, мы собираемся вместе и чувствуем нашу общность. И все равно совесть болит, пусть и чиста. Ибо душа врача всегда с умирающими, с теми, кто в тяжелом состоянии или с неясным диагнозом. Чувство вины всегда присутствует в тебе, даже если ты ни в чем не виноват. А ведь бывает — так или иначе — виноват.

Вот один из последних случаев. Одиннадцатилетней Светочке при автомобильной аварии металлическое колесо с зубьями вонзилось в голову. Сознание девочка не теряла. Мать сама выдернула из черепа колесо. Через двое суток в местной больнице устранили вдавленный перелом в левой лобной области. Вскоре, однако, развились глубокий парез правых конечностей, затруднения речи, сильные головные боли, тяжелое состояние, но без подъема температуры и менингеальных симптомов. В Белгороде сделали ангиографию, которая выявила признаки объемного процесса в лобной доле слева.

Прислали ребенка к нам. Срочно в день поступления сделали компьютерную томографию — видим огромный гнойник с капсулой, смещающей срединные структуры мозга вправо на 19 миллиметров. Предел допустимого. Решаем оперировать сразу же. Но все операционные заняты — начатое хирургическое вмешательство не прервешь, хоть оно и плановое. Придется час-другой подождать. Что поделаешь. Ситуация вроде бы

терпит, не кома же, лишь умеренное оглушение. Руководитель клиники Александр Потапов отдает распоряжение по подготовке операции. И мы садимся пить чай. Обсуждаем доклад на предстоящем симпозиуме в Японии.

Минут через двадцать вбегает ординатор — девочка внезапно потеряла сознание. Мчимся в палату. Глубокая кома с переходом в терминальную, резчайшая анизокория — слева предельное расширение зрачка, без реакции на свет, арефлексия, атония, перебои дыхания. Всем все ясно — острое вклинение с ущемлением ствола мозга в отверстии мозжечкового намета. Но уже поздно думать об операции по правилам, прошляпили, прозевали — жизнь уходит из ребенка. Только пункция абсцесса. Только немедленное его опорожнение! Какая там операционная, какой там наркоз, когда уже расширился и застыл второй зрачок. В ближайшую перевязочную мигом, прямо через кожу прокол — благо успели побрить, благо не надо возиться с костью, она уже удалена в Белгороде. Игла вошла в абсцесс, под давлением стал выделяться зловонный зеленый гной. Установили дренаж. Промыли антисептиком полость гнойника. Ну и что? Кома-то остается. Все сделано правильно, но поздно. Судебных медиков бояться нечего. Но собственную совесть! Смерть — на ней. Раздавленно молчим.

На что рассчитывали, ведь знали же, что 19 миллиметровое смещение в любой момент может «рвануть». Не было операционной? Да, не было, и здесь ничего не поделаешь. Хотели как лучше, радикальней. Надеялись — пронесет. Верно, часто пронесет. Час-два обычно не ухудшают прогноз. Могло и с девочкой пронести. Но ведь опытные зубры, других учим, как надо срочно упреждать фатальное вклинение. Понимали ведь, что на волоске от смерти. Так почему не решились вовремя выполнить то, что сделали сейчас, когда она умирает?

О, удивительный детский организм, все ты переносишь, даже терминальную кому! Через несколько минут расширенные зрачки сузились — это была ласточка надежды, а еще через полчаса — они уже реагировали на свет. Светлана открыла глаза, начала стонать и, наконец, выполнила первую инструкцию — показала нам язык. Внешне малозаметное отчаяние прервал счастливый вздох. Слава Богу! Через полтора месяца Светлана, восстановив силу в правых руке и ноге, обретя свободу речи, вместе со счастливой мамой попрощались с нами. Мы улыбались Светочке, а внутри все холодело от мысли, что вполне могли — из-за нескольких минут задержки — потерять ее.

Совесть врача, наверное, самое главное в нашей преданности больным, в нашем человеколюбии, в нашем профессиональном служении

Заключение

Совесть гражданина тесно связана и, более того, значительно зависима от царящей в обществе этики, т.е. от морали и нравственности, а

также уровня экономического развития и даже идеологии, доминирующей в стране. Однако этика индивидуума способна оказаться сильней распространенной общественной морали, противостоять навязываемым «нормам», подчиняясь следованию собственной совести. Хороший человек или плохой, честный или бесчестный, его поведение и поступки определяются прежде всего его нравственными началами, его совестью.

Возвращаясь к врачебной совести, замечу, что в России, кое-где охваченной коррупцией и социальными диспропорциями, доктор (и, стало быть, его совесть) находится в более трудной моральной ситуации, чем его коллеги на Западе, где они великолепно материально обеспечены, получая солидные дивиденды от страховых компаний. У нас же привыкли получать деньги от пациента напрямую «под столом», что неизбежно расшатывает моральные устои и приучает совесть молчать.

Совесть, как и этика, должна быть независима от экономики. Но в нашем обществе с хронически больной экономикой этого часто не удается избежать. Профессиональный долг врача приходит в противоречие с его коммерческими интересами. Вместе с тем доктор обязан быть совестливым к пациенту при любом типе их взаимоотношений — патерналистском, партнерском или клиентском и коммерческом. Именно совесть должна обеспечивать справедливость и бесспорное выполнение профессионального долга. Нередко совесть кажется чем-то эфемерным, с чем не очень нужно считаться. Вот знания и умения — это да, как ма-

териальный и административный статус. Глубокое и опасное заблуждение! А в ситуациях «врач и больной», может быть, особенно неприемлемое.

Понятно, что только быть совестливым для врачевания недостаточно. Но совесть — это основа гуманного отношения к больному, качественного, ответственного овладения клиническими навыками и технологическими приемами, беззаветного врачебного служения восстановлению здоровья пациента и — шире — здравоохранению общества. Когда говорят о благородном облике доктора, то больше всего имеют в виду внешнее отражение его внутренней красоты, его совести.

Итак, среди различных регуляторов профессионального поведения и поступков врача по отношению к пациенту главным является совесть, отражающая и суммирующая воспитание, образование, знания, убеждения, психологическое здоровье и душевные качества доктора. Присяга российского врача, как и клятва Гиппократова, иллюстрируют, что каждый доктор только тогда соответствует своему высокому назначению, когда он не только *Homo Sapiens*, но и *Homo Moralis*! Иначе — наделен совестью — внутренним нравственным сознанием в самооценке своей профессиональной деятельности.

Леонид Лихтерман
профессор
Заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии России
Институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко